

Ślusarska Barbara, Ślabczyński Marian, Zarzycka Danuta, Nowicki Grzegorz Józef, Deluga Alina, Zboina Bożena. Determinanty zakresu praktyki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentami nieprzytomnymi = Determinants of the scope of nursing practice in the care of unconscious patients. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(11):130-141. ISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.33604>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%2811%29%3A130-141>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/668101>  
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014  
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.  
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.09.2015. Revised 05.10.2015. Accepted: 10.11.2015.

## Determinanty zakresu praktyki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentami nieprzytomnymi

## Determinants of the scope of nursing practice in the care of unconscious patients

Barbara Ślusarska<sup>1</sup>, Marian Ślabczyński<sup>2</sup>, Danuta Zarzycka<sup>3</sup>, Grzegorz Józef Nowicki<sup>1</sup>, Alina Deluga<sup>1</sup>, Bożena Zboina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, UM w Lublinie

<sup>2</sup>VI Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Onkologiczny Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, UM w Lublinie

<sup>4</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

**Słowa kluczowe:** pacjent nieprzytomny, stan funkcji życiowych, różnorodność symptomatologii, praktyka pielęgniarska.

**Keywords:** unconscious patient, state of vital functions, variety of symptomatology, nursing practice.

### Streszczenie

**Wstęp.** Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem nieprzytomnym to złożony i długotrwały proces. Wymaga znajomości uwarunkowań tego stanu oraz samodzielności pielęgniarki w zakresie działań dostosowanych do potrzeb pacjenta nieprzytomnego.

**Cel.** Określenie zakresu symptomów determinujących opiekę wobec pacjentów nieprzytomnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**Material i metody.** Analizie empirycznej poddano dokumentację szpitalną grupy 101 pacjentów nieprzytomnych, hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) w Lublinie w okresie jednego roku. Badania prowadzono metodą retrospektywnej analizy źródłowej dokumentacji medycznej i pielęgniarskiej.

**Wyniki.** Najczęstszą przyczyną stanu nieprzytomności były: urazy (31,68%) oraz zaburzenia świadomości w przebiegu choroby podstawowej (26,73%) i inne czynniki zewnętrzne (21,78%). W analizowanej grupie 55,45% zachowało pełną wydolność oddechową, u 31,68% była zastosowana intubacja, a w przypadku 12,87% założono rurkę tracheostomijną. W zakresie funkcji układu moczowego tj. wydalanie moczu u 83,17% osób było kontrolowane poprzez założony cewnik do pęcherza moczowego, natomiast u 16,83% pacjentów zastosowano pieluchomajtki. W zakresie funkcji wydalania stolca u 62,38% stolec był normalny, u 18,81% wystąpiła biegunka i u 18,81% osób wystąpiły zaparcia.

**Wnioski.** Wyniki badań wykazały zróżnicowany stan zdrowia pacjentów nieprzytomnych, który determinuje przedmiot praktyki pielęgniarskiej. Analiza symptomów zarejestrowanych retrospektywnie wśród pacjentów nieprzytomnych wskazuje na dominację obszarów deficytu samoopieki oraz ryzyka powikłań wynikających z braku aktywności ruchowej.

## Abstract

**Background.** The nursing care of unconscious patients is a complex and lengthy process. It requires knowledge of the conditions of this state and the nurse's independence in actions adjusted to the needs of the unconscious patient.

**Purpose.** The identification of the scope of the symptoms determining care for unconscious patients at an Anaesthesiology and Intensive Care Department.

**Material and methods.** The hospital documentation on 101 unconscious patients hospitalised in an Anaesthesiology and Intensive Care Department (OAIT) in Lublin over a one-year period was subject to empirical analysis. The research was conducted through the method of the retrospective analysis of source medical and nursing documentation.

**Results.** The most frequent causes of the state of unconsciousness included traumas (31.68%), disorders of consciousness in the course of an underlying disease (26.73%), and other external factors (21.78%). In the analysed group 55.45% retained full respiratory function, 31.68% were intubated, and in the case of 12.87% a tracheostomy tube was used. In terms of urinary system functioning, i.e. urine excretion, this was controlled via a ureteral catheter in 83.17% of cases, and for 16.83% of patients incontinence pads were used. In respect of stool excretion 62.38% of patient had normal stools, 18.81% suffered from diarrhoea and 18.81% from constipation.

**Conclusions.** The examination results indicated varied states of health in unconscious patients which determines the focus of nursing practice. The analysis of symptoms registered retrospectively among the unconscious patients indicates the dominance of the field of self-care deficiency and the risk of complications due to the lack of physical activity.

## Wstęp

Opieka nad chorym nieprzytomnym stanowi złożone i odpowiedzialne zadanie dla pielęgniarek. Osoby nieprzytomne nie mają kontroli nad funkcjami fizjologicznymi i nie wchodzą w relacje z otoczeniem, a tym samym stają się zależne od członków zespołu sprawującego opiekę nad nimi. Znamienną cechą osób nieprzytomnych jest utrata świadomości, która obejmuje szerokie spektrum zmian od chwilowej utraty przytomności, jaka wynika z omdlenia, do długotrwałej śpiączki, która może trwać tygodnie, miesiące a nawet lata [1]. Przyczyny nieprzytomności decydują o czasie trwania śpiączki i rokowaniu. Jednak planowe i bieżące potrzeby nieprzytomnego pacjenta są zawsze złożone i podobne, niezależnie od przyczyny.

Rodzima literatura przedmiotu dotycząca opieki nad pacjentem nieprzytomnym charakteryzuje przedmiot praktyki pielęgniarskiej wskazując, że sprawowanie opieki nad chorym w tym stanie to proces długotrwały i trudny. Wiele problemów dostarcza pielęgnowanie skóry pacjenta, który jest długotrwanie unieruchomiony, nie kontroluje wydalania moczu i stolca, wykonuje jedynie ruchy ciała spontaniczne typu wyprostnego lub zgięciowego i ruchy głowy. Istniejące deficyty w zakresie utrzymania higieny, spożywania pokarmów a nawet samodzielnego oddychania to kolejne zakresy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w tym stanie [2].

Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta nieprzytomnego uzasadniają swoiste symptomy takie jak: niemożność utrzymania drożności dróg oddechowych, brak odruchu kaszlowego i połykania, niemożność poruszania się, zaburzenia funkcji oddawania moczu i stolca, niemożność przyjmowania pokarmów, płynów oraz utrzymania higieny osobistej,

trudności z utrzymaniem stałej temperatury ciała, zniesienia czucia powierzchniowego i głębokiego w tym bólu [3]. Najczęstsze powikłania u pacjentów nieprzytomnych wynikają z braku możliwości utrzymania drożności dróg oddechowych, samodzielnego odżywiania się, samodzielnego kontrolowania procesu wydalania, kontroli zaburzeń dotyczących termoregulacji. Ponadto mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem, obecnością ran jak też zgłębników. Również sam pobyt w szpitalu niesie za sobą ryzyko powikłań w postaci zakażeń wewnątrzszpitalnych [4].

Pacjenci nieprzytomni zazwyczaj narażeni są na hipotermię pochodzenia mózgowego, jak również występuje wysokie ryzyko zakażeń jatrogennych. Jest to spowodowane między innymi: zaburzeniami ośrodka termoregulacji, inwazyjnymi metodami leczenia, podwyższonym ryzykiem wystąpienia infekcji, obniżoną odpornością, prowadzeniem sztucznej wentylacji, jak również samym faktem hospitalizacji [5,6].

Symptomatologia występująca u pacjentów nieprzytomnych stanowi przedmiot zainteresowania opieki i wyznacza zakres praktyki pielęgniarskiej w opiece nad tą grupą chorych oraz jest podstawą formułowania diagnoz pielęgniarskich, do których można zaliczyć: upośledzenie drożności dróg oddechowych u chorego, zagrożenie podstawowych czynności życiowych: nieefektywna wymiana gazowa, zaburzenia krążenia, ryzyko nieefektywnej termoregulacji z powodu zaburzeń ośrodka termoregulacji lub infekcji, dysfunkcja mięśni i stawów spowodowana brakiem ruchu, ryzyko powikłań zakrzepowozatorowych związanych z zastojem krwi w układzie żylnym kończyn dolnych, ryzyko rozwoju odleżyn, deficyt samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych (czynności higieniczne, spożywanie posiłków czy korzystanie z toalety) [7].

## **Cel pracy**

Celem pracy było określenie zakresu symptomów determinujących opiekę wobec pacjentów nieprzytomnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT)

Problemy badawcze szczegółowe

1. Jakie główne przyczyny chorobowe były powodem stanu nieprzytomności pacjentów oraz jaki był czasokres i nasilenie stanu nieprzytomności w grupie badanych?
2. Jakie charakterystyki parametrów życiowych występowały u analizowanych pacjentów nieprzytomnych?
3. Jakie symptomy stanu pacjentów nieprzytomnych w zakresie wentylacji płuc, dostępu naczyniowego, stanu odżywienia, wydalania, stanu skóry i mobilności determinują zakres opieki pielęgniarskiej?

## Material i metody

Analizie empirycznej poddano dokumentację szpitalną grupy 101 pacjentów nieprzytomnych, hospitalizowanych w Szpitalu Onkologicznym Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, VI Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) w Lublinie w okresie jednego roku (od maja 2013 do kwietnia 2014 roku).

Badania przeprowadzono metodą retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej wykorzystując wyniki pomiaru wskaźników parametrów życiowych, wyniki skal oceny funkcji organizmu, oraz zebrano ukierunkowane informacje, pozwalające na pogłębioną ocenę symptomów układu oddechowego, moczowego i pokarmowego.

W bazie analizowanej dokumentacji źródłowej były: historia choroby, historia pielęgnowania, miesięczne zestawienie opieki nad pacjentem w OAIT.

Zastosowany arkusz do agregowania danych o pacjentach składał się z 19 zakresów informacyjnych, podzielonych na dwie części:

1. dane socjodemograficzne: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, przyczyny nieprzytomności, ocena głębokości nieprzytomności według skali Glasgow oraz czasokres nieprzytomności
2. dane z dokumentacji dotyczące wyników obserwacji, pomiarów i symptomów stanu pacjentów, w których mogą wystąpić nieprawidłowości stanowiące o przedmiocie praktyki pielęgniarstwa, takie jak:

- parametry życiowe: temperatura ciała, tętno i jego charakter, ciśnienie tętnicze krwi
- drogi wentylacji płuc w tym wentylacja mechaniczna
- stan odżywienia i drogi żywienia,
- wydalanie moczu i stolca oraz obecność cewnika moczowego
- stan skóry i ryzyko rozwoju odleżyn
- mobilność i utrzymanie higieny pacjenta

W celu oceny poziomu świadomości zastosowano międzynarodową skalę śpiączki - Glasgow Coma Scale (GCS). Za pomocą punktów ocenia ona: stopień orientacji w sytuacji i jakość odpowiedzi na pytania, otwieranie oczu pod wpływem bodźca słuchowego lub bólowego oraz rodzaj reakcji obronnej na bodziec bólowy. Wynik stanowi zsumowana liczba punktów z trzech reakcji pacjenta, maksymalna liczba punktów to 15, która świadczy, że pacjent jest przytomny i nie występują u niego żadne zaburzenia stanu świadomości. Wynik poniżej 8 pkt to brak przytomności, natomiast 3 pkt to najniższy wynik i oznacza śmierć mózgu [8,9]. Badaną grupę pacjentów nieprzytomnych podzielono zgodnie z liczbą

uzyskanych punktów na: 11-13 pkt - stan półśpiączki, 5-7 pkt - nieprzytomność umiarkowana, 3-4 pkt - głęboka nieprzytomność.

Ryzyko rozwoju odleżyn oceniono według skali Douglas. W skali od 0 do 4 pkt ocenia się: odżywianie, aktywność, czynności zwieraczy, ból, stan skóry i stan świadomości. Ponadto sterydoterapia, cukrzyca, chemioterapia oraz duszność obligują do odjęcia po 2 pkt za każdy wymieniony element. Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się przy wyniku równym 18 pkt i poniżej [10].

Dla celów analizy badawczej dokonano zestawienia odnotowanych w dokumentacji pomiarów podstawowych funkcji organizmu:

- temperaturę mierzono termometrem elektronicznym na powłokach ciała (czoło) przyjmując następujące parametry dla opisu grupy: 35,9°C i poniżej, 36-37,5°C i 37,6°C i powyżej;
- pomiar tętna wykonano na tętnicy promieniowej przez jedną minutę zwracano również uwagę na miarowość lub jej brak. Wyniki kwalifikowano do następujących kategorii: 59 i poniżej ud./min, 60-90 ud./min, 91 i powyżej ud./min.
- pomiar ciśnienia tętniczego wykonano na ramieniu prawym osoby nieprzytomnej, przyjmując następujące wartości według następujących kategorii: 109/69 mmHg i poniżej, pomiędzy 110-140/70-90 mmHg i 141/91 mmHg i powyżej.

Realizowana procedura badawcza była zgodna z Deklaracją Helsińską, a na przeprowadzenie badań z dostępem do dokumentacji pacjentów, uzyskano zgodę dyrekcji szpitala i kierownika jednostki.

## **Wyniki badań**

### **Charakterystyka badanych**

Analizą objęto dokumentację 101 pacjentów nieprzytomnych, z czego kobiety stanowiły 39,60% (n=40), a mężczyźni 60,40% (n=61). W większości badane osoby nieprzytomne pochodziły z miasta - 61,37% (n = 62). W grupie wiekowej do 40 lat znalazło się 26,73% (n=27) chorych, 41-60 lat - 39,60% (n=40), 61 lat i powyżej - 34,10% (n= 34) (tabela I).

Tabela I. Wybrane cechy społeczno-demograficzne badanej grupy

Table I. Selected socio-demographic features of the group under examination

Lp.	Zmienne	Kategorie	%	n
1.	Płeć	Kobiety	39,60	40
		Mężczyźni	60,40	61
2.	Wiek	do 40 lat	26,73	27
		41-60 lat	39,60	40
		powyżej 60 lat	34,10	34
3.	Miejsce zamieszkania	Miasto	61,37	62
		Wieś	38,63	39

### Przyczyny, natężenie i czas trwania zaburzeń świadomości w grupie badanych

Wśród przyczyn stanu nieprzytomności znalazły się: urazy 31,68% (n=32), uszkodzenia nieurazowe 19,81% (n=20), w przebiegu choroby podstawowej 26,73% (n=27) oraz czynniki zewnętrzne - 21,78% (n=22). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których czasokres nieprzytomności wynosił do 7 dni - 40,59% (n=41), a powyżej 28 dni było 13,86% (n=14) pacjentów. W stanie półśpiączki, (11-13 pkt) było 37,62% (n=38) osób, w stanie nieprzytomności umiarkowanej, (5-7pkt) znajdowało się 28,70% (n=30), natomiast w stanie głębokiej śpiączki, (3-4 pkt) pozostawało 32,68% (n=33) badanych. (tabela II).

W badanej grupie osób nieprzytomnych stan odżywienia określono na podstawie wskaźnika BMI. Pod względem stanu odżywienia u 26 osób (25,74%) stwierdzono niedowagę (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) u 57 osób (56,44%) prawidłowy wskaźnik wagowo-wzrostowy oraz u 18 osób (17,82 %) występowała nadwaga.

Tabela II. Czas trwania oraz ocena głębokości stanu nieprzytomności badanych według skali Glasgow

Table II. The duration and evaluation of the depth of unconsciousness of patients according to the Glasgow Coma Scale

N/%	Czas trwania okresu nieprzytomności				
	do 7 dni	8-14 dni	15-21 dni	22-28 dni	powyżej 28 dni
101	41	19	17	10	14
100%	40,59%	18,81%	16,83%	9,91%	13,86%
N/%	Ocena stanu nieprzytomności według skali Glasgow				
	11-13 pkt – stan półśpiączki	5-7 pkt – nieprzytomność umiarkowana	3-4 pkt - głęboka nieprzytomność		
101	38	30	33		
100%	37,62%	29,70%	32,68%		

### Charakterystyka parametrów stanu ogólnego pacjentów nieprzytomnych

Parametry życiowe pacjentów analizowano retrospektywnie na podstawie dokumentacji medycznej, w okresie trzech dni poprzedzających badanie, a wyniki przedstawiono jako średnia z uzyskanych wartości pomiarów.

W analizie retrospektywnej z trzech ostatnich dni poprzedzających badanie 15,84% (n=16) osób miało temperaturę ciała poniżej 35,9°C, 55,5% (n=56) badanych miało temperaturę ciała w zakresie pomiędzy 36,0°C a 37,5°C, natomiast 28,71% (n=29) miało temperaturę ciała powyżej 37,6°C.

Ocena tętna u osób nieprzytomnych ujawniła, że 18,81% (n=19) miało tętno 59 ud./min i poniżej, 47,53% (n = 48) pomiędzy 60 a 90 ud./min, a u 33,66% (n=34) osób szybkość tętna była 91 ud./min i powyżej. W przypadku 77,23% (n=78) tętno charakteryzowało się miarowością, natomiast u 22,77% (n=23) chorych tętno było niemiarowe.

Wartości pomiaru ciśnienia tętniczego krwi rozkładały się następująco: 36,63% (n=37) badanych osób nieprzytomnych miało wartość 109/69 mmHg i poniżej, 43,56% (n=44) pomiędzy 110-140/70-90 mmHg oraz 19,81% (n = 20) 141/91 mmHg i powyżej (tabela III).

Tabela III. Wyniki pomiarów i oceny parametrów życiowych w grupie pacjentów nieprzytomnych

Table III. Measurement results and the evaluation of vital signs in unconscious patients group

Liczba badanych	Temperatura (°C)			Tętno (ud./min)			Miarowość tętna		Ciśnienie tętnicze (mmHg)		
	< 36	36-37,5	> 37,5	< 60	60-90	> 90	Tak	Nie	< 110/70	110-140 / 70-90	> 140/90
N = 101	16	56	29	19	48	34	78	23	37	44	20
%	15,84	55,45	28,71	18,81	47,53	33,66	77,23	22,77	36,63	43,56	19,81

### Formy terapii i procedury postępowania według stanu funkcji układu oddechowego, moczowego i pokarmowego

Pacjenci w analizowanej grupie zostali podzieleni na trzy grupy pod względem drogi wentylacji płuc, a mianowicie na pacjentów z zachowaną wydolnością oddechową, z założoną rurką intubacyjną i z założoną rurką tracheostomijną, jak również pod względem sposobu wentylacji, tj. czy doszło do wentylacji mechanicznej, czy też nie. W grupie pacjentów nieprzytomnych 55,45% (n=56) zachowało pełną wydolność oddechową, u 31,68% (n=32) konieczna była intubacja, natomiast w przypadku 12,87% (n=13) konieczne było założenie rurki tracheostomijnej. Przy czym w przypadku 72,28% (n=73) nie było potrzeby zastosowania wentylacji mechanicznej, a u 27,72% (n=28) wentylacja mechaniczna była konieczna.

Wśród przyczyn wymiany lub usunięcia cewnika moczowego w badanej grupie wymieniono następujące: brak potrzeby, krwawienie, zmiany patologiczne w moczu, brak drożności, termin wymiany, koniec terapii. Wymiana lub usunięcie cewnika moczowego u 24,75% (n=25) osób nie było konieczne, natomiast u 2,97% (n=3) osób przyczyną było krwawienie, u 5,94% (n=6) badanych przyczyną była obecność zmian patologicznych w moczu, u 3,96% (n=4) osób przyczyną był brak drożności, u 45,55% (n=46) pacjentów przyczyną był termin wymiany, natomiast u 16,83% (n=17) osób przyczyną był koniec terapii w OAiT (wypis lub zgon).

W zakresie wydalania moczu pacjentów nieprzytomnych u 83,17% (n=84) osób konieczne było założenie cewnika do pęcherza moczowego, natomiast u 16,83% (n=17) pacjentów zastosowano środki absorpcyjne w formie pieluchomajtek



Natomiast w zakresie funkcji wydalniczej stolca, u 62,38% (n=63) pacjentów stolec był normalny, zaburzenia występowały u 18,81% (n=19) osób w postaci biegunki i u 18,81% (n=19) w formie zaparć.

Pod względem sposobu odżywienia, pacjenci zostali podzieleni według następujących kategorii: zgłębnik dożołądkowy, przezskórna enterogastrostomia, oraz żywienie pozajelitowe. W analizowanej grupie przez zgłębnik dożołądkowy karmione były 83,17% (n=84) osoby nieprzytomne, przez przezskórną enterogastrostomię 8,91% (n=9), natomiast żywienie pozajelitowe zastosowano u 7,92% (n=8) pacjentów.

### **Ocena stanu skóry, ryzyko rozwoju odleżyn według skali Douglas oraz mobilność ruchowa i utrzymanie higieny**

Przeprowadzona analiza wykazała, że pacjenci, u których liczba punktów uzyskanych według oceny skalą Douglas była mniejsza lub równa 18, byli narażeni na ryzyko rozwoju odleżyn. Grupę taką stanowiło 80,20% (n = 81) osób. Natomiast u 19,80% (n = 20) osób, które uzyskały wynik wyższy niż 18 punktów, nie występowało ryzyko rozwoju odleżyn.

W badanej grupie osób w ocenie stanu skóry stwierdzono występowanie następujących kategorii: bez zmian patologicznych, zaczerwienienia, otarcia, przerwanie ciągłości skóry, odleżyny. U 78,22% (n = 79) pacjentów, skóra pozostała bez zmian patologicznych, w przypadku 9,90% (n = 10) badanych wystąpiły zaczerwienienia, u 3,96% (n = 4) wystąpiły otarcia, u 6,93% (n = 7) wystąpiło przerwanie ciągłości skóry, natomiast u 0,99% (n = 1) pacjentów wystąpiły odleżyny.

Cała grupa pacjentów ze względu na brak mobilności ruchowej i deficyt w zakresie utrzymania higieny wymagała pełnego zakresu działań wspomagających powyższe funkcje.

### **Omówienie wyników badań**

Weryfikacja empiryczna częstości występowania stanów i problemów opiekuńczych w grupie pacjentów nieprzytomnych objętych opieką pielęgniarską i leczeniem w OAIT nie jest często podejmowanym przedmiotem w analizie badawczej.

Wśród najczęstszych przyczyn utraty przytomności wymienia się urazy, uszkodzenia nieurazowe, w przebiegu chorób i z powodu czynników zewnętrznych. Uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek urazu to, na przykład: wstrząs mózgu, krwiaki wewnątrzczaszkowe, obrzęk mózgu [11]. Uszkodzenia nieurazowe mózgu to: stany zapalne, nowotwory, choroby naczyniowe, zatorowość tętnic mózgowych, krwawienie podpajęczynówkowe lub inne uszkodzenia naczyniowe mózgu. Do utraty przytomności może

również dojść w przebiegu następujących chorób: choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, po zatrzymaniu krążenia, w przebiegu długotrwałego niedotlenienia i zaburzeń przemiany materii. Na utratę przytomności mogą mieć również wpływ ostre zatrucia egzogenne, na przykład zatrucie środkami nasennymi, etanolem, tlenkiem węgla czy innymi substancjami. Ponadto może wystąpić utrata przytomności o złożonej etiologii, a mianowicie: wątrobowa, mocznicowa, w przebiegu ciężkich posocznic i nowotworów [1,12]. W badanej grupie osób nieprzytomnych przyczyną stanu nieprzytomności były najczęściej urazy (około 32% przypadków), a najrzadziej uszkodzenia nieurazowe (około 20% przypadków). Okres stanu nieprzytomności natomiast wynosił najczęściej do 7 dni (około 41%), najrzadziej 22-28 dni (około 10%). Pacjenci pozostawali najczęściej w stanie półśpiączki (około 38%), najrzadziej występowała nieprzytomność umiarkowana (około 29%) w ocenie według skali Glasgow. Stan taki generuje zakres zadań opiekuńczych związanych z oraz deficytem samoobsługi u pacjenta oraz brakiem mobilności ruchowej. Dysfunkcja mięśni i stawów spowodowana brakiem ruchów u pacjentów nieprzytomnych stanowi podstawę do działań pielęgniarstwa związanych z częstą zmianą ułożenia ciała pacjenta z zapewnieniem fizjologicznego ustawienia kończyn oraz prowadzenia ćwiczeń biernych [13].

Ważnym zadaniem pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem nieprzytomnym jest monitorowanie funkcji podstawowych parametrów życiowych i wczesne wykrywanie powikłań. W analizowanej grupie pacjentów u ponad połowy pacjentów występowały zaburzenia w zakresie funkcji układu krążenia lub oddechowego czy zaburzeń termoregulacji. Zagrożenie podstawowych czynności życiowych: nieefektywna wymiana gazowa, zaburzenia krążenia to stan definiowany jako przedmiot praktyki pielęgniarstwa w literaturze przedmiotu [13], co niewątpliwie ma swoje uzasadnienie w odniesieniu do analizowanej grupy chorych.

Istotnym i niełatwym zagadnieniem w opiece pielęgniarstwa nad pacjentami nieprzytomnymi jest ryzyko rozwoju odleżyn, które w analizowanej grupie dotyczyło ponad 83% pacjentów.

Ogólne dane szacunkowe częstości występowania odleżyn w Polsce w grupie pacjentów hospitalizowanych – to 3-10%, w grupie pacjentów z chorobą nowotworową ok. 20%, a u pacjentów z podwyższonym ryzykiem np. z porażeniem/niedowładami kończyn - to 39% [14]. Grupa pacjentów nieprzytomnych stanowi zatem grupę wysokiego ryzyka rozwoju odleżyn.

## **Wnioski**

Wyniki badań wykazały zróżnicowany stan zdrowia pacjentów nieprzytomnych, który determinuje przedmiot praktyki pielęgniarskiej. Analiza symptomów zarejestrowanych retrospektywnie wśród pacjentów nieprzytomnych wskazuje na dominację następujących obszarów stanowiących zakres opieki pielęgniarskiej:

- zagrożenie podstawowych czynności życiowych w zakresie zaburzeń krążenia i wymiany gazowej u ponad połowy badanych pacjentów,
- deficyt samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych (czynności higieniczne, spożywanie posiłków czy korzystanie z toalety) oraz brak ruchu w całej grupie pacjentów nieprzytomnych,
- nieefektywne oddychanie u prawie połowy badanych pacjentów,
- ryzyko nieefektywnej termoregulacji z powodu zaburzeń ośrodka termoregulacji – u prawie połowy badanych pacjentów,
- ryzyko rozwoju odleżyn – u ponad 80% badanych,
- biegunka lub zaparcia – odpowiednio u ponad 18% badanych
- zmiany skórne typu odleżynowego u ponad 21% badanych.

## **Konflikt interesów / Conflict of interest**

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Grzegorz Józef Nowicki  
Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego  
Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Staszica 6; 20-081 Lublin  
☎ (+4881) 448 6810  
✉ grzesiek\_nowicki@interia.pl

## **Piśmiennictwo**

1. Kozubski W, Liberski P (red.). Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL.ss. 2008: 100-102.
2. Mirończuk J, Kwiatkowska A. Życie w śpiączce. Toruń: Fundacja Światło; 2013.
3. Kondzior DJ. Standard pielęgnowania chorego w śpiączce. W: Krajewska-Kułak E, Rolka H, Jankowiak B (red.). Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Warszawa: PZWL; 2014.ss. 283-293.

4. Bączyk G, Kapała W. Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Poznań: Wydawnictwo UM Poznań; 2012. ss. 199-223.
5. Kózka M, Paluch H. Standard opieki nad chorym nieprzytomnym. W: Kózka M (red.). Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy i procedury postępowania pielęgniarskiego. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
6. Ackley BJ, Ladwig GB (red.). (Zarzycka D, Ślusarska B. red. polska). Podręcznik diagnoz pielęgniarskich: przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. Warszawa: GC Media House; 2011.
7. Dyk D, Wołowicka L (red.). Anestezjologia i intensywne opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010.
8. Prasad K. The Glasgow Coma Scale: a critical appraisal of its clinimetric properties. *J Clin Epidemiol* 1996;49:755-63.
9. Rashidi A, Abouzari M, Amirjamshidi A. Glasgow Coma Scale on admission is correlated with postoperative Glasgow Outcome Scale in chronic subdural hematoma. *J Clin Neurosci* 2007;14:1240-1.
10. Mraz MA, Mraz M, Rzechonek A. Odleżyny - przyczyny i profilaktyka. *Acta Bio-Opt Inform Med* 2009;4:344-5.
11. Brongel L. Ciężkie mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała. W: Zawadzki A (red.). *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Warszawa: PZWL; 2011. ss. 45-90.
12. Stypuła J. Współczesne poglądy na ciężkie urazy czaszkowo-mózgowe. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2003;1:61-72.
13. Krysiak I. Pielęgnowanie chorego nieprzytomnego. W: Dyk D, Wołowicka L (red.). *Anestezjologia i intensywne opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2010. ss. 516-523.
14. Wiszniewski M, Lewandowicz E. Leczenie odleżyn u pacjentów przewlekle unieruchomionych z powodu urazów i chorób rdzenia kręgowego. *Leczenie Ran* 2006;3:113-9.